



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXVII (2/2022)

nadesłany: 31.01.2022 r. – przyjęty: 26.04.2022 r.

Małgorzata H. HERUDZIŃSKA\*

## Seniorzy w Polsce – stan zdrowia, wsparcie instytucjonalne i opieka nieformalna

Seniors in Poland – health status, institutional support and informal care

### Abstrakt

**Wprowadzenie.** W Polsce (choć nie tylko) ostatnie dziesięciolecie cechuje trwale zjawisko, jakim jest wzrost udziału osób starszych w strukturze wieku ludności. Dynamika zmian społecznych, których źródłem są m.in. procesy demograficzne powoduje, że jednym z ważniejszych dziś wyzwań jest kwestia opieki nad seniorami. W naszym kraju opieka ta organizowana jest głównie w sferze prywatnej – ogromną rolę odgrywa tutaj rodzina. Tymczasem jej opiekuńczy potencjał maleje.

**Cel.** Celem artykułu jest wskazanie problemów i wyzwań dotyczących systemu wsparcia osób starszych w Polsce, w tym wsparcia udzielanego im przez opiekunów nieformalnych.

**Materialy i metody.** W pracy wykorzystano dane zastane.

**Wyniki.** Wśród wielu wyzwań dotyczących sytuacji osób starszych w Polsce nie od dziś dominują te, który dotyczą zdrowia i opieki zdrowotnej. Wydłużanie się życia nie idzie w parze ze zdrowiem, a wraz z wiekiem pojawiają się (niejednokrotnie wielowymiarowe) potrzeby opiekuńcze. Opiekunami nieformalnymi seniorów są zazwyczaj członkowie rodziny (tzw. opiekunowie rodzinni), najczęściej kobiety – to wciąż niedocenieni sprzymierzeńcy systemu opiekuńczego państwa. Z dotychczasowych badań wynika m.in., że sprawowanie tej opieki jest czasochłonne, wymagające, pozbawione kompleksowego wsparcia ze strony twórców i świadczeniodawców m.in. systemu opieki zdrowotnej, nadmiernie obciążające opiekunów i utrudniające pełnienie przez nich innych ról (np. zawodowych).

---

\* e-mail: [malgorzata\\_herudzinska@sggw.edu.pl](mailto:malgorzata_herudzinska@sggw.edu.pl)

Institut Nauk Socjologicznych i Pedagogiki, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Nowoursynowska 166, 02-787 Warszawa, Polska

Institute of Sociological Sciences and Pedagogy, Warsaw University of Life Sciences, Nowoursynowska 166, 02-787 Warsaw, Poland

ORCID: 0003-3138-5778

Zmiana, doskonalenie i rozwijanie systemu opieki senioralnej, odpowiadającego na bieżące potrzeby zarówno seniorów, jak i ich opiekunów jest zadaniem bardzo aktualnym i pilnym. Poprawa sytuacji opiekunów nieformalnych, to poprawa sytuacji ich podopiecznych.

**Słowa kluczowe:** senior, stan zdrowia, wsparcie instytucjonalne, opieka nieformalna.

### Abstract

**Introduction.** In Poland (but not only) the last decades have been characterised by a persistent phenomenon of an increasing proportion of elderly people in the population age structure. The dynamics of social changes, which are caused, among other factors, by demographic processes, makes the issue of elderly care one of the most important challenges today. In our country elderly care is organised mainly in the private sphere – the family plays a huge role here. Meanwhile, the families' caring potential is diminishing.

**Aim.** The aim of the article is to identify problems and challenges concerning the system of support for the elderly in Poland, including the support provided by informal caretakers.

**Materials and methods.** The study is based on the desk research method.

**Results.** Among the many challenges concerning the situation of the elderly in Poland, those related to health and health care are predominant. Life expectancy does not go hand in hand with health, and with age come (often multidimensional) care needs. Informal caretakers for older people are usually family members (so-called family caretakers), most often women – still underestimated allies of the state care system. Research to date has shown, among other things, that providing care for the elderly is time-consuming, demanding, lacking comprehensive support from the health care system, overburdening caregivers and making it difficult for them to fulfil their other roles, for instance: professional roles. Changing, improving and developing a senior care system so that it would meet the current needs of seniors and their caretakers is a very timely and urgent task. Improving the situation of informal caretakers means improving the situation of their charges.

**Keywords:** senior citizen, health status, institutional support, informal care.

## Wprowadzenie

Starzenie się ludności to proces prowadzący do sytuacji określanej jako *starość demograficzna* i „jest [...] bezpośrednią konsekwencją obniżania się poziomu urodzeń, spadku umieralności w najstarszych grupach wiekowych, a także salda migracji” (Rosset, 1959, za: Żołędowski, 2012, s. 29); jest to zwiększanie odsetka osób starszych<sup>1</sup> przy jednoczesnym zmniejszeniu odsetka dzieci (GUS, 2014). Wiąże się z rozwojem medycyny, zmianami warunków życia i pracy, jest efektem procesów historycznych,

<sup>1</sup> W przywoływanym w niniejszym zdaniu opracowaniu GUS (2014) przyjęto, że osoby w starszym wieku to ludność w wieku 65 lat i więcej. Jednak należy dodać, że osoba starsza według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), również zgodnie z zapisem w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705), to taka, która ukończyła 60. rok życia (NIK, 2018). Wyróżnia się trzy etapy starości: od 60. do 75. roku życia – to wiek podeszły (tzw. wczesna starość); od 75. do 90. roku życia – to wiek starczy (tzw. późna starość) oraz 90 lat i powyżej – to wiek sędziwy (tzw. długowieczność) (tamże).

które zostały uruchomione w przeszłości, a także dokonujących się przemian kulturowych (Bakalarczyk, 2020). Uważa się, że wiek XXI można już nazwać „stuleciem starości” (Hebda, Biela, 2015, s. 49), ponieważ starzenie się ludności jest procesem nieuchronnym, o zasięgu globalnym, dotyczącym niemal wszystkich regionów świata, ale – jak się podkreśla – przebiega on bardzo nierównomiernie w skali poszczególnych krajów, a od kilku dekad poziom starości demograficznej jest najwyższy na kontynencie europejskim (Janiszewska, 2017; Kancelaria Senatu, 2018). Wskazuje się, że pod względem demograficznym, ekonomicznym i społecznym osoby starsze stanowią obecnie wyjątkową kategorię w strukturze społecznej Europy (Wieczorkowska, 2017). To rodzi m.in. konieczność większej wrażliwości na potrzeby seniorów. Proces starzenia się ludności stanowi ogromne wyzwanie dla społeczeństw XXI wieku, również dla społeczeństwa polskiego (RRL, GUS, 2021).

Anna Kotlarska-Michalska (2000) już ponad dwadzieścia lat temu pisała, że socjologiczne spojrzenie na starość obejmuje wiele zagadnień, w tym przede wszystkim: cechy charakterystyczne dla pokolenia osób w starszym wieku, miejsce człowieka starego w społeczeństwie, miejsce człowieka starego w rodzinie, sytuacja ludzi starych na rynku pracy, potrzeby społeczne ludzi w starszym wieku, samotność i osamotnienie i ich uwarunkowania, proces wycofywania się z ról społecznych, wartości uznawane i preferowane przez starsze pokolenie, role społeczne pełnione przez osoby w starszym wieku, sposoby życia w domach pomocy społecznej. Jednak dynamika zmian społecznych, których źródłem są m.in. procesy demograficzne, powoduje, że powyższa lista wciąż ulega poszerzeniu, a jednym z czołowych dziś zagadnień dotyczących starości jest kwestia opieki nad seniorem/seniorką. W opiece tej ogromną rolę w Polsce odgrywa rodzina. „Szacuje się, że opiekę nad osobami starszymi sprawują w większości (90%) rodziny lub inni opiekunowie/opiekunki nieformalni” (RPO, 2020, s. 30). Podkreśla się, że posiadanie rodziny jest bardzo istotne, ponieważ „sprzyja opóźnieniu włączenia w starość środowiskowych form pomocy, a tym samym nie zagraża utrzymaniu podmiotowości i godności seniora. Rodzina stanowi najlepsze źródło niezinstytucjonalizowanych form opieki nad seniorem, co jest i będzie bardzo istotne z perspektywy demograficznego starzenia się społeczeństwa przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby ludności” (Wieczorkowska, 2017, s. 192). Tak, rodzina stanowi takie źródło. Jednak – o czym szerzej w dalszej części niniejszej publikacji – jej możliwości opiekuńcze się kurczą, a pełnienie opieki nad seniorem (opieki nieformalnej/opieki rodzinnej) wiąże się z różnorodnymi wyzwaniami oraz dylematami i jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Można przyjąć, że *opiekun nieformalny* to osoba, która „dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i (lub) emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory i jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako sł-

ba” (OIS i in., 2017, s. 19) i nie pobiera za to wynagrodzenia<sup>2</sup>. Zaznaczyć należy, że opieka nieformalna „jest pojęciem szerszym niż opieka rodzinna, bo oprócz członków rodziny obejmuje również wolontariuszy, sąsiadów i inne osoby z lokalnych środowisk” (Janowicz, 2014, s. 161).

Podkreślmy, że pandemia COVID-19 trwająca od 2020 roku, spowodowała i nadal powoduje zmiany, które są trudne do przewidzenia, a dotyczą całego świata, wszystkich dziedzin życia społecznego, także sytuacji demograficznej i wszystkich ludzi – bez względu na wiek. Pandemia COVID-19 (i związane z nią ograniczenia) przyczyniła się np. do ograniczenia liczby aktywności dostępnych dla ludzi starszych (MRiPS, 2021a) czy do tego, że seniorom trudniej jest skorzystać z usług leczniczych czy rehabilitacyjnych; sporo z nich ograniczyło relacje społeczne (SENIOR.HUB IPS, 2021, s. 16, 19). Pandemia budziła i budzi obawy podmiotów realizujących różnorodne działania w ramach projektów, które mają na celu podnoszenie jakości życia polskich seniorów (IPiSS, 2020). W wielu przypadkach uniemożliwiła bądź utrudniła ich wykonanie, zawieszono lub ograniczono wiele działań związanych z aktywnością seniorów do niezbędnego minimum (MRiPS, 2021a). Z drugiej strony, od początku pandemii podejmowano szereg inicjatyw oddolnych skierowanych do osób, które znalazły się w trudnej sytuacji (seniorów, osób z niepełnosprawnościami, osób w kryzysie bezdomności, medyków). Sąsiedzi wspierali sąsiadów, organizacje zmieniały profil działalności, by wesprzeć potrzebujących (por. np. WCK, 2021), „podjęto szereg niezwykle ważnych inicjatyw takich jak np. Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów, które wydatnie poprawiły sytuację osób starszych w tym trudnym czasie” (MRiPS, 2021a).

W artykule, obok krótkiego opisu sytuacji demograficznej w Polsce i stanu zdrowia seniorów, ukazane zostaną dylematy i wyzwania stojące nie tylko przed funkcjonującym w naszym kraju systemem wsparcia instytucjonalnego dla seniorów, obejmującym tzw. sektor pierwszy, czyli „podmioty publiczne, programujące i realizujące politykę państwa, finansowane ze środków publicznych” (Szatur-Jaworska, 2016, s. 71), ale także przed współczesną rodziną w zakresie sprawowania opieki nad seniorem.

## Sytuacja demograficzna w Polsce – siwiejąca populacja

Ocenia się, że obecna sytuacja ludnościowa Polski jest trudna, co można – w dużym skrócie – ująć następująco:

[...] niski poziom dzietności będzie miał negatywny wpływ [...] na przyszłą liczbę urodzeń, ze względu na zdecydowanie mniejszą w przyszłości liczbę

<sup>2</sup> Szerzej o pojęciu opieki nieformalnej – patrz np.: OIS, WROT, DPR UMWW, Czub, Szyrka, Zaręba, 2017; ROPS, 2014; Janowicz, 2014.

kobiet w wieku rozrodczym. Z drugiej strony będzie powodować – przy jednoczesnym korzystnym zjawisku, jakim jest stosunkowo długie trwanie życia – zmniejszanie podaży pracy oraz coraz szybsze starzenie się społeczeństwa poprzez przede wszystkim wzrost liczby i udziału w ogólnej populacji ludności w najstarszych rocznikach wieku (GUS, 2021b, 15).

Z jednej strony przewiduje się spadek ogólnej liczby ludności Polski, a z drugiej – systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej (MRiPS, 2021).

Ludność Rzeczypospolitej Polskiej w końcu czerwca 2021 roku liczyła 38 162 tys. osób, przy czym w miastach mieszkało 60% populacji, a w ogólnej liczbie ludności kobiety stanowiły prawie 52%, współczynnik feminizacji wyniósł 107 (w miastach – 111, na wsi – 101) (GUS, 2021). W Polsce utrwała się ogólna tendencja spadku liczby ludności – w latach 2011-2019 ludność naszego kraju zmniejszyła się o 0,4% (tamże). Widać ją także w najnowszych danych Głównego Urzędu Statystycznego (2021, 2022), z których wynika, że w pierwszym półroczu 2021 roku liczba ludności zmniejszyła się o prawie 102,8 tys. osób, zmniejszyła się również w I półroczu poprzedniego roku – o 28 tys. osób (GUS, 2021), a we wstępnych wynikach Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021 czytamy, że populacja ludności Polski liczyła 38 179,8 tys. osób i w odniesieniu do wyników spisu 2011 roku była mniejsza o 0,9%. Wśród niekorzystnych trendów obserwowanych w skali roku, to przede wszystkim te w zakresie przyrostu naturalnego przyczyniają się do takiego stanu rzeczy (GUS, 2021). W Polsce od 2013 roku obserwuje się ubytek naturalny, który jest konsekwencją nadal niskiej (pomimo wzrostu w latach 2016-2017) liczby urodzeń przy jednoczesnym zwiększaniu się liczby zgonów, wynikających ze wzrostu liczby i odsetka osób w starszym wieku (tamże). Odsetek osób w wieku 60 lat i więcej w populacji Polski w roku 2020 osiągnął poziom 25,6%; dla porównania – w roku 2005 udział ten wyniósł 17,2% (GUS, 2021a), a w roku 2010 wskaźnik ten kształtował się na poziomie 19,6%, przy czym w strukturze osób starszych przeważają względnie najmłodsze z nich (w wieku 60-64), ale w ostatnich latach ich udział w ogólnej liczbie osób starszych systematycznie maleje (GUS, 2021a). Polacy żyją coraz dłużej (choć w roku 2020 w porównaniu z rokiem 2019 czas życia się skrócił). Przeciętna liczba lat dalszego trwania życia noworodka płci męskiej w 1980 roku wynosiła 66,01 lat, w 2000 roku – 69,74 lat, w roku 2019 – 74,07 lata, w roku 2020 – 72,6 lata, a noworodka płci żeńskiej w roku 1980 – 74,44 lata, w roku 2000 – 78,00 lat, w roku 2019 – 81,75 lat, w 2020 – 80,7 lat (GUS, 2021; GUS 2021a). Zgodnie z prognozami, w Polsce „na początku drugiej połowy lat 30. XXI wieku, na 100 osób w wieku 60/65 i więcej lat przypadnie 50 osób w wieku 0-17 lat” (RRL, GUS, 2021, s. 15), liczba osób starszych w roku 2030 wzrośnie do poziomu 10,8 mln, a w 2050 r. wyniesie 13,7 mln. (o 39% więcej niż w roku 2020) – osoby te będą stanowiły około 40% ogółu ludności naszego kraju (GUS, 2021; GUS, 2021a).

Dodajmy, że przebieg procesów starzenia się społeczeństwa polskiego, które intensywnie obserwuje się od lat 90. XX wieku, był wyjściowo bardziej dynamiczny na obszarach wiejskich niż w miastach, ale na początku XXI w. sytuacja ta się odwróciła (Kamińska, Ossowski, 2017). W polskich miastach – jak wykazują dane za rok 2020 – ludność w starszym wieku stanowiła 27,8% populacji, a na terenach wiejskich – ponad 22,3% mieszkańców (GUS, 2021a). Przewiduje się, że do 2035 r. liczba starszych mieszkańców wsi wzrośnie o niemal 60%, wzrośnie także ich odsetek wobec ogółu populacji z obecnych 14% do 22% (MRiPS, 2020).

Obok starzenia się ludności obserwuje się również inne zmiany demograficzne: feminizację i singularyzację starości oraz podwójne starzenie się (Szukalski, 2019). Feminizacja starości jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn, która doprowadza do sytuacji, w której po 48./49. roku życia w każdej kolejnej grupie wiekowej pojawia się coraz większa nadwyżka kobiet nad mężczyznami (tamże). W Polsce w populacji osób starszych dominują kobiety, a dostępne dane pokazują, że w 2020 roku udział kobiet w zbiorowości osób starszych wyniósł 58,1%, natomiast w grupie wiekowej 60 lat i więcej na 100 mężczyzn przypadało 139 kobiet (GUS, 2020; GUS, 2021a). Jak pisze Rafał Bakalarczyk (2021, s. 13):

Feminizacja starości ma wiele wymiarów. Nie tylko wiąże się z tym, że kobiety żyją dłużej. Istotne jest także to, że kobiety częściej przejmują role opiekuńcze wobec osób sędziwych, zarówno w ramach sektora rodzinno-niefORMALNEGO, jak i sektora formalnego (pełniąc rolę opiekunek, pielęgniarek etc.)

Kobiety umierają najczęściej jako wdowy. W gospodarstwach domowych osób starszych obserwuje się zjawisko „singularyzacji” (to wysoki odsetek ludzi, którzy mieszkają samotnie), liczba gospodarstw jednoosobowych rośnie wraz z wiekiem: w pojedynkę mieszka 22% Polaków po 60. roku życia (15% wśród osób w wieku 60-64, a 34% wśród osób należących do grupy wiekowej 75+) (CBOS, 2019a). Jednak w Polsce poziom wspólnego zamieszkiwania osób w wieku 65+ z innymi osobami w wieku do 50 lat, które nie są ich współmałżonkami lub partnerami, jest najwyższy w Europie: wśród kobiet wynosi 37,4%, wśród mężczyzn – 38,6% (Myck, Oczkowska, Trzeciński, 2020). Dodajmy, że o ile w roku 2018 ubóstwa warunków życia doświadczała prawie co 20 osoba w wieku 65 lat i więcej (co stanowi niecałe 5%; niższym poziomem ubóstwa charakteryzowali się mieszkańcy miast niż wsi: ponad 4% w miastach, na wsi – 5,5%), to w największym stopniu problem ten dotyczył właśnie osób starszych tworzących gospodarstwa jednoosobowe (GUS, 2020). Natomiast „podwójne starzenie się” wiąże się z jednoczesnym wzrostem: odsetka osób starszych i znaczenia ludzi bardzo starych (w wieku 80, 85, 90 i więcej lat), których potrzeby zdrowotne, bytowe i społeczne są specyficzne (Szukalski, 2019).

## Stan zdrowia seniorów, wsparcie instytucjonalne dla osób starszych w Polsce – problemy i wyzwania

Starość ma różne oblicza. „Może być okresem niezwykle twórczym, aktywnym i obfitującym w nowe przeżycia i doświadczenia, dającym satysfakcję i motywację do działania” (Kotlarska-Michalska, 2000, s. 150). Jest jednak fazą życia, w której wzrasta potrzeba społecznego wsparcia, co ma związek nie tylko z większym ryzykiem chorób (zauważa się, że wielość czynników decydujących o starzeniu wpływa na występowanie powszechnie wielochorobowości u osób starszych – por. Chmielowiec, Chmielowiec, Chmielowski, Grzywacz, 2018), ale także wynika z ograniczenia sprawności czy liczebności oraz zakresu kręgów społecznych, w której dana osoba funkcjonuje (Szatur-Jaworska, 2012). Jednocześnie nie jest też tak, że niemal każdy, po przekroczeniu pewnego wieku, ma np. taką samą kondycję fizyczną, takie same potrzeby czy takie same problemy zdrowotne.

Starość, jak pisała Kinga Wiśniewska-Roszkowska (1989, s. 7 za: Kotlarska-Michalska, 2000, s. 150), „nie jest w warunkach naszej europejskiej cywilizacji starością zdrową, fizjologiczną. Starość ta jest z reguły patologiczna, przedwczesna i połączona z licznymi przewlekłymi chorobami”. Choć od momentu napisania tych słów minęło sporo czasu i kwestie praw osób starszych od dawna znajdują swoje odzwierciedlenie w licznych, przyjmowanych (na poziomie europejskim i poza nim) dokumentach, rzeczywistość pokazuje, że cały czas istnieje pilna potrzeba podejmowania kolejnych, kompleksowych działań, które doprowadzą do osiągnięcia celów sformułowanych w owych dokumentach<sup>3</sup>. Dane statystyczne nie pozostawiają złu-

<sup>3</sup> Można (i należy) tutaj wymienić rezolucję nr 46/91 uchwaloną w 1991 roku przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych. Dotyczy ona Zasad Działania na Rzecz Osób Starszych, a zawarte w niej postulaty nie tylko określają odpowiednie warunki, które mają służyć zagwarantowaniu seniorom niezależnej bezpiecznej oraz aktywnej egzystencji, ale w dokumencie tym zaleca się rządów państw, aby uwzględniły je w krajowych planach działania na rzecz osób starszych. „Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia” – to hasło przewodnie katalogu, na który składa się 18 zaleceń dotyczących praw ludzi starych i są one przyporządkowane pięciu podstawowym zasadom: niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności (por. np. Błędowski, Szatur-Jaworska, Szweda-Lewandowska, Zrałek, 2016). Kolejnym (ważnym) przykładem jest zrewidowana w 1996 r. Europejska Karta Społeczna (art. 23) – w niej Rada Europy podkreśliła „prawo osób starszych do ochrony socjalnej, której celem jest umożliwienie pozostania pełnoprawnymi członkami społeczeństwa tak długo, jak to możliwe, poprzez zapewnienie odpowiednich zasobów, informacji o usługach i ułatwieniach, umożliwienie wyboru sposobu życia, zapewnienie mieszkań dostosowanych do potrzeb, opieki medycznej, a osobom przebywającym w domu opieki – stosownego wsparcia z poszanowaniem ich prywatności”. Pobrane 20.11.2021 z: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/za-starosc-nasza-i-wasza%E2%80%9D-pytania-i-odpowiedzi#Co-wiemy-o-starzeniu-sie>.

dzeń: dłuższe życie nie idzie w parze z życiem w zdrowiu. W Polsce trwanie życia w zdrowiu w roku 2020 wyniosło 59,2 dla mężczyzn oraz 63,1 dla kobiet i było niższe w stosunku do roku poprzedniego (odpowiednio o 0,5 i 0,2 roku), co wiązało się przede wszystkim ze wspomnianym już skróceniem się przeciętnego trwania życia (GUS, 2021c), przy czym mieszkańcy środowisk miejskich odznaczają się dłuższym trwaniem życia w zdrowiu niż mieszkańcy wsi (tamże). Wśród wielu wyzwań dotyczących sytuacji osób starszych w Polsce (obejmujących: zabezpieczenie społeczne, nadużycia i przemoc, pracę zawodową, przestrzeń publiczną, komunikację społeczną<sup>4</sup>, międzynarodowe standardy ochrony ich praw<sup>5</sup>, aktywność społeczną, edukacyjną i kulturalną czy przestrzeń wirtualną) dominują te, które dotyczą zdrowia i opieki zdrowotnej (RPO, 2020).

W ostatnim raporcie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej na temat sytuacji seniorów w Polsce (MRiPS, 2021a) czytamy, że jedynie nieco ponad jedna czwarta osób starszych (27,9%) w wieku 60 lat i więcej oceniła swoje zdrowie jako „dobre” lub „bardzo dobre”. Ponad 40% seniorów (w każdej kategorii wiekowej) posiada nadwagę, a ponad 20% jest otyłych. Niemal dwie trzecie osób w wieku 60 lat i więcej (nieco częściej kobiety niż mężczyźni – odpowiednio 68,3% i 63,5% oraz mieszkańcy miast niż wsi – 67,7% i 64%) mówiło o długotrwałych problemach zdrowotnych lub chorobach przewlekłych, które trwają (lub będą trwać) co najmniej 6 miesięcy. 45,4% osób starszych (częściej kobiety niż mężczyźni – 46,4% i 43,9% oraz mieszkańców wsi niż miast – 46% i 45%) dotyczy (poważnie lub niezbyt poważnie) ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności (trwająca od co najmniej 6 miesięcy). 73,4% seniorów zadeklarowało rzeczywistą potrzebę leczenia lub badania. Warto dodać, iż w tej ostatniej wymienionej grupie 12,1% osób nie skorzystało z leczenia lub badania za każdym razem, gdy była taka potrzeba, przy czym aż 40,9% badanych jako

<sup>4</sup> Przykład: „Społeczne stereotypy starości i osób starszych. Dominujące we współczesnej kulturze negatywne oraz ambiwalentne (zawierające zarówno pozytywne, jak i negatywne cechy) stereotypy osób starszych prowadzą do postrzegania tej zbiorowości głównie w kategoriach deficytów. Kształtowany tak wizerunek jest ważnym źródłem dyskryminacji osób starszych, zaburza komunikację i relacje międzyludzkie” (RPO, 2020, 38).

<sup>5</sup> Przykład: „W międzynarodowym systemie praw człowieka brakuje osobnego traktatu poświęconego osobom starszym (osobne konwencje zostały opracowane i przyjęte np. dla osób z niepełnosprawnością i dla dzieci, ratyfikowane także przez Polskę). Równocześnie zidentyfikowano liczne luki w uregulowaniu praw osób starszych (np. prawa do decydowania o własnym życiu w kontekście pozostania we własnym domu lub przeprowadzki do placówki opiekuńczej). Polska dołączyła do debaty, która toczy się na forum ONZ od 2010 r., dopiero w 2018 r. – i to jedynie poprzez udzielanie odpowiedzi na pytania przewodniczącego Grupy Roboczej ONZ ds. Starzenia się. Jak dotąd nie poparła jeszcze idei opracowania i przyjęcia nowej konwencji w tej sprawie” (RPO, 2020, 9).



powód wskazało „zbyt długą listę/kolejkę oczekujących”. Ze wspomnianego powyżej raportu wynika także, że częściej w miastach (66%) niż na wsi mieszkają starsze osoby niepełnosprawne i posiadające orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność, że wśród tych osób dominują kobiety (60%, co ma związek z feminizacją starości) i dominują one także w zbiorze osób niepełnosprawnych tylko biologicznie. Po jego lekturze nasuwa się refleksja, że polskim seniorom w czasie starości towarzyszą typowe zjawiska, które nasilają się wraz z wiekiem. W grupie osób w wieku 60 lat i więcej niemal 85% używało okularów lub szkieł kontaktowych, ale pomimo ich używania i tak ponad 36% seniorów miało problemy z widzeniem, ale już ponad połowa osób w wieku 80 lat i więcej zgłaszała problemy z widzeniem, a co 8 osoba starsza mówiła, że ma trudności z widzeniem lub w ogóle nie widzi. Jeżeli chodzi o słuch: niecałe 7% seniorów używało aparatu słuchowego, jednak w grupie najstarszych seniorów odsetek ten wyniósł niemal 16%. Blisko połowa osiemdziesięciolatków źle słyszała rozmowę z jedną osobą w cichym pomieszczeniu (w całej grupie osób starszych – 21%). O ile co trzeci senior deklarował, że ma trudności w przejściu 500 m po płaskim terenie bez korzystania ze wsparcia innych osób czy sprzętu (laska, kula, balkonik), o tyle w grupie osiemdziesięciolatków i starszych problem ten dotyczył aż 72% osób. Niemal 24% osób w grupie wiekowej 60-69 lat, 43% w grupie 70-79 lat oraz 75% osób 80-letnich lub starszych ma kłopoty z samodzielnym wejściem na schody i zejściem z nich już przy wysokości pierwszej kondygnacji. Trudności z wykonaniem co najmniej jednej z codziennych czynności związanych z samoobsługą (w największym stopniu z: kładzeniem się do łóżka i wstawaniem z niego lub siadaniem na krześle i wstawaniem z niego, w mniejszym z: kąpaniem się lub myciem pod prysznicem oraz ubieraniem i rozbieraniem się) miało około 20% osób w wieku 65 lat i więcej, a wśród osób najstarszych – ponad 42%. Niestety niemal 47% seniorów, którzy deklarowali problemy z podstawową samoobsługą, nie otrzymywało żadnej pomocy ze strony innych osób czy urzędów, a zatem sami musieli pokonywać opisane powyżej problemy.

W Polsce do świadczeń udzielanych osobom starszym należy po pierwsze podstawowa opieka zdrowotna, której „Głównym celem [...] jest sprawowanie kompleksowej opieki nad stanem zdrowia pacjenta poprzez zapewnienie świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania” (MRiPS, 2021a, s. 28). Po drugie – opieka geriatryczna roztaczana m.in. na oddziałach geriatrycznych. Po trzecie – opieka paliatywna i hospicyjna, czyli „wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby” (tamże, s. 31), udzielana w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych. Kolejnymi świadczeniami udzielanymi osobom starszym są: rehabilitacja, opieka psychiatryczna, zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz opieka długoterminowa. Tą ostatnią

[...] można traktować jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarskiej, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego” (tamże, 30).

Jest ona udzielana przez opiekunów formalnych: personel medyczny i pracowników pomocy społecznej lub opiekunów nieformalnych: rodzinę, bliskich, wolontariuszy. W ramach opieki długoterminowej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze są udzielane w warunkach stacjonarnych (zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze), domowych (przez pielęgniarki opieki długoterminowej oraz zespół długoterminowej opieki domowej).

Osoby mające trudności z samodzielnym zaspokajaniem potrzeb i mieszkające w mieszkaniach prywatnych mogą uzyskać pomoc w formie usług opiekuńczych (zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych: sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków, opieka higieniczna, zaleconą przez lekarza pielęgnacja, zapewnianie kontaktów z otoczeniem), specjalistycznych usług opiekuńczych (dostosowanych do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i świadczonych przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym; stanowiących zadanie własne gminy w przeciwieństwie do specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi – te są zadaniem zleconym gminie, które jest finansowane z budżetu państwa; obejmujących uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia) (Dz. U. poz. 1598, z późn. zm.), a także w ramach rządowego Programu „Opieka 75+”. Przysługuje ona: osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób; osobie w rodzinie, która potrzebuje pomocy innych osób, jednak rodzina i wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni oraz zstępni nie są w stanie tej pomocy zapewnić (MRiPS, 2021a). Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być także świadczone w ośrodkach wsparcia (np. dziennych domach pomocy, ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi: środowiskowych domach samopomocy i klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi). Zaznaczmy, że usługi opiekuńcze zostały ocenione jako forma bardziej przyjazna seniorom niż pobyt w domach całodobowej opieki, bowiem „daje im poczucie bezpieczeństwa i wydłuża ich aktywność. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania są aż czterokrotnie tańsze od usług stacjonarnych, przez co dają możliwość objęcia nimi większej liczby osób potrzebujących, nie są też ograniczone możliwościami lokalowymi samorządów w placówkach stacjonarnych” (NIK, 2018, s. 9). Jednak seniorzy niejednokrotnie rezygnują z tych usług, a powodem jest ich koszt (RPO, 2020, s. 19).

Kolejnymi formami wsparcia dla osób niepełnosprawnych, w tym seniorów są mieszkania chronione wspierane (tu oferuje się dostęp usług bytowych i pomocy w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym, realizacji kontaktów społecznych, po to, aby utrzymać lub rozwijać samodzielność danej osoby na poziomie posiadanych przez nią możliwości psychofizycznych) oraz rodzinne domy pomocy (MRiPS, 2021a). Dodajmy do tego wykazu jeszcze całodobowe usługi, które są świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym, seniorom, prowadzone w ramach działalności gospodarczej lub statutowej, a także inne działania podejmowane na rzecz osób starszych w ramach systemu pomocy społecznej: poradnictwo specjalistyczne oraz świadczenia pieniężne (zasilek stały oraz zasilek celowy) (tamże).

W związku z powyższym można powiedzieć, że w Polsce zakres świadczeń i form pomocy dedykowanych osobom starszym jest różnorodny. Nie jest to jednak pełen obraz – uzupełnia go zarówno raport Najwyższej Izby Kontroli (2018), dotyczący systemu ochrony zdrowia, jak i raport komisji ekspertów ds. osób starszych, który powstał jako podsumowanie VII kadencji Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO, 2020). Ostatni z wymienionych dokumentów, jak już wcześniej sygnalizowano, zawiera długą listę wyzwań dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej (obok rekomendacji i omówienia innych trudnych zadań odnoszących się do sytuacji osób starszych np. w zakresie nadużyć i przemocy czy pracy zawodowej). Mowa w nim m.in. o braku kompleksowej opieki nad zdrowiem seniorów; braku zaktualizowanej diagnozy rzeczywistych potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych niepełnosprawnych, który stanowi barierę w tworzeniu odpowiedniego systemu leczenia oraz wsparcia opiekuńczego; nierównym dostępie do opieki zdrowotnej i wsparcia opiekuńczego, zwłaszcza na terenach wiejskich; braku dostępu do opieki geriatrycznej i niedocenianie jej znaczenia; braku koordynacji działań między sektorem zdrowotnym i społecznym oraz między różnymi świadczeniodawcami usług dla osób starszych w ramach tego samego sektora; deficytach kadrowych w sektorach ochrony zdrowia i pomocy społecznej (które bardzo uwidoczniły się w czasie pandemii); niedofinansowaniu ochrony zdrowia i opieki nad seniorami; kosztach leczenia szpitalnego osób starszych w Polsce, które należą do najwyższych w Europie; niewystarczającym dostępie do usług opiekuńczych i specjalistycznych (pomimo realizowanych programów, np. rządowego programu „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”); braku kompleksowego systemu opieki nad osobami dotkniętymi otępieniem; braku standardów jakości, bezpieczeństwa i monitoringu usług opiekuńczych świadczonych w domu osoby starszej potrzebującej wsparcia, a także kryteriów kwalifikacji opiekunów; ograniczonym dostępie do usług pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia; ograniczeniach w dostępie do opieki hospicyjnej i paliatywnej; większym zagrożeniu epidemiologicznym wśród

pacjentów i pensjonariuszy placówek skupiających w jednym miejscu seniorów, którzy są dotknięci wielochorobowością; niedostatecznym wykorzystaniu przez samorządy wszystkich dostępnych im narzędzi służących kształtowaniu samorządowych polityk senioralnych, które jest przeszkodą we wdrażaniu idei deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi; niedostrzeganiu problemów oraz potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych mieszkających w jednoosobowych gospodarstwach; niedostatkach profilaktyki zdrowotnej i inwestowania w sieci wsparcia; lekceważeniu podmiotowości osób wymagających wsparcia w procesie projektowania usług zdrowotnych i opiekuńczych; naruszaniu praw osób starszych przez nierówne traktowanie w dostępie do różnych usług i świadczeń pieniężnych; systemie orzekania o niepełnosprawności, który jest nieadekwatny do potrzeb; nieuzasadnionej nierówności zasad przyjmowania osób starszych do zakładów leczniczo-opiekuńczych oraz domów pomocy społecznej, a także odpłatności ponoszonych przez członków rodzin za pobyt w zakładach leczniczo-opiekuńczych i domach pomocy społecznej.

Podkreśla się, że – w związku z trwającą od 2020 pandemią – to właśnie seniorzy znaleźli się w szczególnie trudnej sytuacji „przede wszystkim z uwagi na większą podatność na wirusa, jak również poważniejszy przebieg choroby i wyższą śmiertelność spowodowaną COVID-19. Wprowadzane ograniczenia w dostępie do usług oraz konieczność izolacji społecznej szczególnie mocno dotknęły tę grupę osób i pogłębiły problemy, z jakimi zmagają się one na co dzień” (GUS, 2021a, s. 3; por. także SENIOR.HUB IPS, 2021).

### **Rodzina dla seniora – problemy i wyzwania związane z opieką nad osobami starszymi**

Dla seniorów rodzina jest ważnym źródłem pomocy. Dane GUS (2020) pokazują, że osoby w wieku 65 lat i więcej, w przypadku choroby i związanej z tym koniecznością leżenia w łóżku, liczą na pomoc, zrobienie zakupów itd. przede wszystkim ze strony osób z najbliższej rodziny (i do nich zwróciłyby się w takiej sytuacji). Należą do nich przede wszystkim: współmałżonek/partner życiowy (46%), dzieci (w tym zięciowie, synowe) lub wnuki (42%). Rzadziej tymi osobami są: sąsiedzi (niecałe 4%), rodzeństwo (około 3%), przyjaciele lub znajomi (2%), a bardzo rzadko osoby z instytucji pomocy społecznej czy takie, którym należałoby zapłacić za pomoc w rozwiązywaniu problemów dnia codziennego.

Wraz z wiekiem maleje znaczenie w tym zakresie współmałżonków/partnerów życiowych, a rośnie dzieci oraz wnuków, także sąsiedzi nabierają większego znaczenia. Również w przypadku odczuwania złego samopoczucia psychicznego (smutku, przygnębienia, ale nie poważniejszych problemów psychicznych) seniorzy zwrócili-

by się w pierwszej kolejności o wsparcie przede wszystkim do członków najbliższej rodziny: współmałżonków/partnerów życiowych (około 45% wskazań) oraz dzieci (w tym zięciów, synowych) lub wnuków (około 37% wskazań), rzadziej byłoby to: przyjaciel/przyjaciółka (około 6%), rodzeństwo (ok. 4%), a bardzo rzadko: psycholog, grupa samopomocy, lekarz rodzinny czy osoba duchowna (ksiądz). Około 2% ogółu osób starszych w takiej sytuacji nie miałyby do kogo zwrócić się o pomoc czy wsparcie w formie rozmowy. Rodzina stanowiłaby miejsce szukania pomocy przez seniorów także w przypadku pojawienia się kłopotów finansowych. Wśród osób, które mają trudności z wykonywaniem codziennych czynności, pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego potrzebują częściej kobiety (61%) niż mężczyźni (43%), osoby zamieszkujące miasta do 20 tys. mieszkańców (66%), renciści (68%), a także częściej ci badani, którzy określają własne warunki materialne jako dobre (59%) niż złe (49%) (CBOS, 2019a).

W Polsce „[...] mamy do czynienia z modelem opieki długoterminowej bazującym na rodzinie świadczącej intensywną opiekę, jednocześnie jest ona sprawowana przy słabym wsparciu zewnętrznym oraz kosztem pełnienia innych ról i aspiracji jej członków” (Krzyszkowski, 2018, s. 40), „stosowane rozwiązania lokują obowiązek opieki przede wszystkim w sferze prywatnej. Ograniczenia w świadczeniach instytucjonalnych [...] przenoszą i utrwalają odpowiedzialność za realizowanie usług opiekuńczych na członków rodziny i krewnych. Koszty zredukowane w ten sposób po stronie państwa, generują koszty po stronie opiekunów nieformalnych” (Urbanik, 2018, s. 151). Jednocześnie instytucjonalną formę opieki traktuje się jako awaryjną, przymusową dla rodziny, która jest niewydolna opiekuńczo (Siemieńska 2009; OIS i in. 2017; Krzyszkowski, 2018; CBOS 2019a). Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi ocenia (i można powiedzieć, iż ocena ta obejmuje nie tylko obszary wiejskie), że

„Lukę powstałą w wyniku [...] braku dostępu do opieki finansowanej lub współfinansowanej ze środków publicznych lub zbyt wysokich kosztów takiej opieki na rynku usług komercyjnych często wypełniają krewni – zazwyczaj kobiety sprawujące opiekę nad członkami rodziny. [...] dla wielu rodzin nierzadko jedynym wyborem pozostaje opieka nieformalnie-rodzinna, związana albo z dużym obciążeniem finansowym (konieczność zatrudniania opiekunów) albo ryzykiem wykluczenia społecznego i zawodowego opiekunów – członków rodzin, z uwagi na konieczność całodobowej opieki” (MRiPS, 2020, s. 90).

Podkreśla się, że umieszczenie danej osoby w domu pomocy społecznej czy zakładzie psychiatrycznym jest ostatecznością i powinno być poprzedzone i solidną oceną możliwości udzielenia pomocy (zorganizowania usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania) i zbadaniem jej sytuacji rodzinnej (MRiPS, 2021a; RPO, 2020).

Michał Myck, Monika Oczkowska i Kajetan Trzciniński (2020) w komentarzu dotyczącym bezpieczeństwa osób starszych w czasie pandemii COVID-19 w zakresie sytuacji mieszkaniowej osób w wieku powyżej 65 lat, zwracają uwagę na to, że w Polsce odsetek osób starszych, które ze względu na ograniczoną samodzielność przeprowadzają się do domu opieki (czy innych pokrewnych instytucji), na tle innych państw europejskich, jest niski. Piszą oni: „[...] w 2017 roku niecały 1% osób wieku 65 lat i więcej w Polsce zamieszkiwał w instytucjach opiekuńczych, przy czym odsetek ten był nieznacznie wyższy dla osób w wieku 80+ wynosząc 1,6% [...]” (tamże, s. 4). Zdaniem autorów taka sytuacja wiąże się m.in. z tym, że w naszym państwie dostępność miejsc w tych instytucjach jest ograniczona, bowiem

[...] w 2017 roku dostępnych było 12 łóżek na 1000 osób w wieku 65+. Dla porównania, w krajach skandynawskich (Dania, Finlandia, Norwegia, Szwecja) odsetek osób w wieku 80+ mieszkających w instytucjach dla osób starszych przekracza 12%, w Luksemburgu i Szwajcarii sięga 16%, zaś w Belgii – 24%. Dostępność miejsc w wymienionych krajach jest również znacząco wyższa – od 50 łóżek na 1000 osób w wieku 65+ w Danii, do ponad 80 w Luksemburgu. Odsetek osób mieszkających w instytucjach opiekuńczych jest również stosunkowo wysoki w takich krajach jak Słowenia (12,6% wśród osób 80+) czy Estonia (9,9%) (tamże, s. 4-5).

Z jednej strony współzamieszkiwanie osób w wieku powyżej 65 lat z młodszymi osobami (najczęściej z członkami rodziny), to często wskaźnik możliwości w zakresie sytuacji materialnej rodziny, a z drugiej strony wiąże się z koniecznością sprawowania opieki nad tymi osobami, które jej potrzebują ze względu na stan zdrowia i wiek (tamże).

Jednak potencjał opiekuńczy współczesnej rodziny kurczy się, o czym mówi się już nie od dziś:

Posiadanie bliskich, w tym rodziny, niewątpliwie ułatwia zaspokajanie potrzeb opiekuńczych. Nie daje jednak pełnej gwarancji ich zaspokojenia. [...] Pomimo wysokiej jakości stosunków rodzinnych ludzi starych i wysokiego poziomu zadowolenia z nich deklarowanego przez starsze pokolenie, polska rodzina nie jest w pełni wydolna opiekuńczo. W pełnieniu tej funkcji wobec swoich seniorów rodziny potrzebują zewnętrznego wsparcia na znacznie większą skalę niż ma to miejsce obecnie (Szatur-Jaworska, 2012, s. 75).

Rodzina podlega licznym przemianom, wśród nich należy wymienić m.in. wertykalizację rodziny (por. Szukalski, 2008) – jednym z jej wskaźników było pojawienie się wielopokoleniowości, która wiąże się z obecnością tzw. *sandwich generation* – czyli coraz większej liczby osób w wieku 45-60 lat obciążonych z jednej strony opieką nad starzejącymi się rodzicami, a z drugiej – wymagającymi wsparcia dziećmi czy wnuka-

mi. W kontekście poruszanej problematyki wskazuje się na niekorzystny wzrost wskaźnika rozwodów, bowiem w przypadku podjęcia decyzji o zakończeniu związku małżeńskiego: „[...] opieka rodzicielska jest przyznawana najczęściej matce. Następstwem jest brak silnej więzi emocjonalnej łączącej ojca z dzieckiem, a to wpływa na zmniejszenie się chęci sprawowania opieki nad ojcem w przyszłości” (Błędowski, 2020, s. 13). Na brak opieki w okresie starości są również bardziej narażone osoby żyjące w związkach nieformalnych (tamże). Niepokoi:

- obserwowana zmniejszająca się w rodzinach liczba dzieci i wnuków oraz bezdzietność (a więc tym samym zmniejszenie się populacji potencjalnych opiekunów) z jednocześnie rosnącym udziałem osób starszych;
- mobilność społeczna i zawodowa młodego pokolenia, która powoduje, że dzieci nie mają kontaktów ze starszym pokoleniem w rodzinie, a seniorzy zostają bez właściwej lub bez jakiegokolwiek opieki (RRL, GUS, 2021; GUS 2021; Błędowski, 2020).

Tymczasem to właśnie opiekunów nieformalnych – najczęściej członków rodziny – uważa się za sprzymierzeńców systemu opiekuńczego państwa, to oni ponoszą główny ciężar opieki nad osobą starszą (Janowicz, 2014). Jej sprawowanie nie było i nie jest łatwe, o czym donoszą wyniki wielu badań (np. Błędowski, Maciejasz, 2013; ROPS, 2014; OIS i in. 2017; Urbaniak 2018; Herudzińska 2020; Szostakowska, 2021). Opiekunowie dosyć często postrzegają świadczenie opieki najbliższymi, starszym członkom rodziny jako naturalne i oczywiste (por. np. Urbaniak, 2018), bądź w kategoriach konieczności (przede wszystkim z powodu braku innych osób, które mogłyby opiekować się seniorem), bądź obowiązku (Wachowiak, Herudzińska, 2020). Opiekujący się osobami starszymi są narażeni na doświadczenie takich negatywnych zjawisk jak wypalenie opiekuńcze czy zespół opiekuna/zespół stresu opiekuna (Mirewska, 2016). Udzielanie pomocy osobie starszej jest dla nich częściej źródłem przeżyć negatywnych niż pozytywnych, a – zaspokajając potrzeby swoich podopiecznych – sami odczuwają braki, przede wszystkim brak czasu, w tym na odpoczynek oraz brak wsparcia ze strony innych osób (nie tylko tych z najbliższej rodziny, ale także ze strony twórców i niektórych świadczeniodawców systemu opieki zdrowotnej); bywa, że czują się niedoceniani przez podopiecznego; mają trudności w pogodzeniu wypełniania roli opiekuna osoby starszej z wypełnianiem innych ról, przede wszystkim zawodowych (obok rodzinnych i towarzyskich) (Herudzińska, 2020). Tę ostatnią kwestię poruszył Rzecznik Praw Obywatelskich (2020), uznając owe trudności za jedno z wyzwani odnoszących się do sytuacji osób starszych. Innymi wyzwaniami, wymienionymi w przywołanym dokumencie, są m.in.:

[...] dyskryminacja opiekunów pobierających świadczenia emerytalno-rentowe; dyskryminacja opiekunów, na których nie ciąży obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego; brak prawa dla części opiekunów do zabezpieczenia emerytalno-rentowego i zdrowotnego; brak prawa do aktywności zawodowej dla opiekunów pobierających świadczenia pielęgnacyjne oraz specjalne zasiłki opiekuńcze; niedostateczny zakres formy wsparcia (finansowego, organizacyjnego i psychologicznego) dla opiekunek/opiekunów rodzinnych/niefORMALNYCH; niewykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 21 października 2014 r. (sygn. Akt K 38/13), który za niekonstytucyjne uznał uzależnienie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością od tego, czy niepełnosprawność powstała w dzieciństwie czy w dorosłości (RPO, 2020, ss. 30-33).

Dostrzega się deficyt badań, które przybliżyłyby sytuację opiekunów niefORMALNYCH osób starszych w czasie pandemii COVID-19. Na uwagę zasługuje więc raport z badań (o charakterze eksploracyjnym) przeprowadzonych wśród osób pełniących taką rolę, przygotowany przez Rafała Bakalarczyka oraz Magdalenę Kocejko (SENIOR.HUB IPS, 2021). Autorzy zwracają uwagę na to, że problemy opiekunów rodzinnych i niefORMALNYCH w tym trudnym czasie były prawie niewidoczne w debacie i polityce publicznej. Wyniki ich badań ukazały przede wszystkim negatywny wpływ pandemii na sytuację opiekunów rodzinnych (i ich podopiecznych). W czasie pandemii duża grupa respondentów mogła liczyć głównie na siebie oraz pozostawali oni bez wsparcia z zewnątrz. Zdaniem większości z nich państwo nie zadbało o potrzeby opiekunów osób starszych w czasie pandemii. Badani czuli się bardziej samotni niż przed pandemią. Wskazywali, że utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej był źródłem dużego stresu. Odczuwali przeciążenie i przemęczenie, na które wpływ miało m.in. ograniczenie dostępu do wsparcia (formalnego, różnego rodzaju usług np. rehabilitacyjnych). Mówili o konsekwencjach ograniczeń aktywności opiekunów wynikających z *lockdownu*, pogorszeniu jakości życia podopiecznego (tamże).

Autorzy powyższego raportu słusznie zwracają uwagę na to, że poprawa sytuacji opiekunów niefORMALNYCH to poprawa sytuacji ich podopiecznych.

## Podsumowanie

Starzenie się społeczeństwa polskiego (choć nie tylko) to proces nieuchronny i postępujący. Pomimo tego, że podejmuje się liczne działania na rzecz osób starszych (w ramach jednej z kluczowych polityk publicznych – polityki senioralnej), na szczeblu centralnym czy regionalnym (por. np. MRPiPS, 2017; Szwalkiewicz, 2019; IPiSS, 2020; MRiPS, 2021, MRiPS, 2021a), specjaliści dostrzegają konieczność wdrażania nowych,



instytucjonalnych, systemowych, dalekosiężnych rozwiązań, które nie tylko umożliwią osobom starym jak najdłuższe zachowanie samodzielności, ale w przypadku jej utraty – będą realnie odpowiadać na pojawiające się potrzeby opiekuńcze zarówno seniorów, jak i ich opiekunów nieformalnych (najczęściej członków rodziny, kobiet); powstawania propozycji zmian systemu opieki nad osobami starymi (np. Bakalarczyk, 2021a).

Od wielu lat zwraca się uwagę na to, że sytuacja zawodowa, finansowa, kontakty z otoczeniem, stan zdrowia, samopoczucie stanowią te aspekty życia, które ulegają niekorzystnym zmianom w życiu osoby pełniącej rolę opiekuna osoby starej, że jednocześnie kurczy się potencjał opiekuńczy rodziny. Jako coraz bardziej palący problem wskazuje się organizację i finansowanie opieki nad osobami z ograniczoną samodzielnością (Błądowski, 2020):

Postęp medycyny sprawia, że jesteśmy w stanie ratować i podtrzymywać ludzkie życie, ale przywrócenie wcześniejszej sprawności rzadko jest możliwe. Systematycznie zwiększa się liczba osób wymagających wsparcia, a ponadto wydłuża się okres korzystania z niego. Opieka nad osobami niesamodzielnymi staje się coraz trudniejsza, gdyż wymaga między innymi stosowania coraz bardziej profesjonalnych rozwiązań (tamże, 5).

Aktualne jest pytanie zawarte w temacie debaty, która odbyła się w gmachu Sejmu RP w 2013 roku: *Czy Polska jest gotowa na zdrową starość?*<sup>6</sup>. Czy jest gotowa na zmierzenie się z tymi wyzwaniem (determinowanymi dodatkowo przez wciąż trwającą pandemię), które niósł i niesie, chociażby w zakresie opieki nad seniorami, postępujący proces siwienia społeczeństwa polskiego? Nietrudno zgodzić się ze słowami Wojciecha Pędicha, który pisze, że:

Po wygaśnięciu pandemii najpilniejszym zadaniem gerontologii będzie określenie nowej sytuacji i nowych potrzeb ludzi starszych w Polsce. Ten swoisty krajobraz po bitwie otworzy ciekawe przyszłe perspektywy badań nad wpływami pandemii na stan i potrzeby polskich seniorów. [...] Wtedy powtórzmy za francuskim demografem (Jean Bourgeois-Pichat – *przyp. aut.*) sprzed 40 lat: «Oto na naszych oczach rodzi się nowe społeczeństwo polskie». Albowiem, jak powiedział Heraklit: «Jedyną stałą rzeczą jest zmiana» (Błądowski, Grodzicki, Mossakowska, Zdrojewska, 2022, s. 12).

Rodzi się także pytanie o to, czy w wymiarze jednostkowym można przygotować się na starość? Już dosyć dawno Piotr Szukalski (2011) zwrócił uwagę na to, że zarówno na poziomie zbiorowym jak i jednostkowym można podtrzymać autonomię poprzez uprzednie przygotowanie się do potencjalnych problemów przyszłości. Na poziomie jednostkowym jest to – obok dbałości o zdrowie psychiczne i somatyczne oraz zabezpieczenie bytowe – pielęgnowanie więzi społecznych. Owo pielęgnowanie

<sup>6</sup> Pobrane 30.12.21 z: <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/komunikat.xsp?documentId=61ADA713D6F405C4C1257B1E0037C9B8>.

związane jest z podtrzymaniem dobrych relacji z kręgiem potencjalnych, wspomagających w okresie potrzeby bycia wspieranym. Polega ono z jednej strony na ich budowaniu (czego najlepszym przykładem jest znalezienie stałego partnera i spłodzenie potomstwa), z drugiej strony na ich utrwalaniu poprzez częsty kontakt, zainteresowanie problemami innych i czynne uczestnictwo w wymianie o charakterze odroczonej («daję dziś tobie, abys jutro ty mi dał») (tamże, 24).

### Bibliografia

- Bakalarczyk, R. (2021). *Seniorzy obecni? Starzejące się społeczeństwo – prognozy, wyzwania, możliwości*. Caritas Polska. Pobrane z: <https://caritas.pl/wp-content/uploads/2021/09/caritas-raport-senior.pdf>.
- Bakalarczyk, R. (2021a). *Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi*. Klub Jagielloński, SENIOR.HUB IPS. Pobrane z: <https://seniorhub.pl/starosc-po-polsku-raport-klubu-jagiellonskiego-i-ips/>.
- Błądowski, P., Grodzicki, T., Mossakowska, M., Zdrojewski, T. (2021). *POLSENIOR 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny. Pobrane z: <https://polsenior2.gumed.edu.pl/66095.html>.
- Błądowski, P. (red.) (2020). *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*. Warszawa: OCI Sp. z o.o. Pobrane z: [www.niesamodzielnym.pl](http://www.niesamodzielnym.pl).
- Błądowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., Zralek, M. (2016). Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania. W: P. Błądowski, B. Szatur-Jaworska (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu* (ss. 13-46). Warszawa: Biuro RPO.
- Błądowski, P., Maciejasz, M. (2013). Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Nowiny Lekarskie*, 82, 1, 61–69.
- CBOS (2019). *Sytuacja społeczno-ekonomiczna seniorów*. Pobrane z: [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl).
- CBOS (2019a). *Jakiej pomocy potrzebują osoby starsze i kto im jej udziela?* Pobrane z: [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl).
- Chmielowiec, K., Chmielowiec, J. Z., Chmielewski, P., Grzywacz, A. (2018). Struktura wielocho robowości w starszym wieku u osób przebywających w instytucjach opieki długoterminowej. *Rocznik Lubuski*, t. 44, cz. 2a, 195-207.
- GUS (2022). *Informacja o wstępnych wynikach Narodowego 27 stycznia 2022 r. Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021*. Pobrane z: [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- GUS (2021). *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r. Stan w dniu 30 czerwca*. Pobrane z: [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- GUS (2021a). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.* Pobrane z: [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- GUS (2021b). *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność*. Pobrane z: [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- GUS (2021c). *Trwanie życia w zdrowiu w 2020 r.* Pobrane z: [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- GUS (2020). *Jakość życia osób starszych w Polsce*. Pobrane z: [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- GUS. (2014). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*. Pobrane z: [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
- Hebda, J., Biela, A. (2015). Znaczenie stereotypów i teorii starzenia się w postrzeganiu społecznym osób starszych. *Edukacja Etyczna*, 9, 49-62.
- Herudzińska, M. H. (2020). Nieformalni opiekunowie osób starszych – doświadczenia i uczucia oraz ich potrzeby związane z pełnioną rolą. *Rocznik Lubuski*, t. 46, cz. 2, 281-293.

- IPiSS (2020). *Badanie ewaluacyjne z realizacji programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020. Edycje 2016-2019. Raport końcowy*. Pobrane z: [http://senior.gov.pl/materiały\\_i\\_badania/strona/71](http://senior.gov.pl/materiały_i_badania/strona/71).
- Janiszewska, A. (2017). Zróżnicowanie przestrzenne starzenia się ludności na świecie. *Folia Oeconomica*, 5(331), 91-113.
- Janowicz, A. (2014). Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu European Palliative Care Academy (EUPCA). *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4, 2, 161-167.
- Kamińska, W., Ossowski, W. (2017). Wieloaspektowa ocena procesów starzenia się ludności na obszarach wiejskich w Polsce. *Biuletyn KPZK PAN*, z. 267, 9-36.
- Kancelaria Senatu. (2018). *Starzenie się ludności w Unii Europejskiej – stan obecny i prognoza. Opracowania tematyczne OT-662*. Pobrane z: <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/160/plik/ot-662.pdf>.
- Kotlarska-Michalska, A. (2000). Starość w aspekcie socjologicznym. *Roczniki Socjologii Rodziny*, XII, 147-159.
- Krzyszowski, J. (2018). Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 42(3), 37-52.
- Mirewska, E. (2016). Model opieki senioralnej i wsparcia opiekunów osób starszych-zależnych. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość. Poznać, przeżyć, zrozumieć* (ss. 81-100). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- MRiPS (2021). *Co się działo w polityce senioralnej w 2021 roku? Spokojna i bezpieczna jesień życia*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/co-sie-dzialo-w-polityce-senioralnej-w-2021-roku>.
- MRPiPS (2021a). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2020 r.* Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-2020-r>.
- MRiPS (2020). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.* Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2019>.
- MRPiPS (2017). *Raport krajowy – POLSKA. Informacja na temat podejmowanych w Polsce działań na rzecz osób starszych. Realizacja madryckiego planu działania na rzecz osób starszych w okresie 2012–2016*. Pobrane z: <https://das.mpips.gov.pl/source/Informacja%20na%20temat%20podejmowanych%20w%20Polsce%20działan%20na%20rzecz%20osob%20starszych.pdf>.
- MRiRW (2021). *Model gospodarstwa opiekuńczego w Polsce coraz bliżej*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/rolnictwo/model-gospodarstwa-opiekunczego-w-polsce-coraz-blizej>.
- Myck, M., Oczkowska, M., Trzciniński, K. (2020). *Bezpieczeństwo osób starszych w czasie pandemii Covid-19: sytuacja mieszkaniowa osób w wieku 65+ w Polsce na tle innych krajów Europy. Komentarze CENEA*. Pobrane z: [https://cenea.org.pl/wp-content/uploads/2020/04/komentarz\\_20200421.pdf](https://cenea.org.pl/wp-content/uploads/2020/04/komentarz_20200421.pdf).
- NIK (2018). *Informacja o wynikach kontroli. Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania*. Pobrane z: <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/17/043/LWR/>.
- NIK (2018a). *Informacja o wynikach kontroli. Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Pobrane z: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>.
- Obserwatorium Integracji Społecznej, Wielkopolskie Regionalne Obserwatorium Terytorialne, Departament Polityki Regionalnej UMWW, Czub, K., Szpyrka, S., Zaręba, M. (2017). *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań*. Pobrane z: <https://rops.poznan.pl/>.
- Raław, M., Rosochacka-Gmitrzak, M., Tokarz-Kamińska, B. (2012). Aktywność społeczna i kulturalna osób starszych. W: RPO. *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje* (ss. 27-36). Warszawa. Pobrane z: <https://bip.brpo.gov.pl/>.
- ROPS, Kraków (2014). *es.O.es, 3*. Pobrane z: <https://rops.krakow.pl/publikacje/esoos>.
- Rosochacka-Gmitrzak, M., Raław, M. (2015). Opieka nad zależnymi osobami starszymi w rodzinie: ryzyko i ambiwalencja. *Studia Socjologiczne*, 2 (217), 23-47.

- Rządowa Rada Ludności, GUS (2021). *Problemy rozwoju demograficznego Polski w XXI wieku w ujęciu regionalnym*. Pobrane z: <https://bip.brpo.gov.pl>.
- Rzecznik Praw Obywatelskich (2020). *Sytuacja osób starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje. Raport komisji ekspertów ds. osób starszych na podsumowanie VII kadencji RPO*. Pobrane z: <https://bip.brpo.gov.pl>.
- Rzecznik Praw Obywatelskich (2016). „*Za starość naszą i waszą!*” – pytania i odpowiedzi. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/za-starosc-nasza-i-wasza%E2%80%9D-pytania-i-odpowiedzi#Co-wiemy-o-starzeniu-sie>.
- Sejm RP (2013). *Czy Polska jest gotowa na zdrową starość? – debata w Sejmie*. Pobrane z: <https://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/komunikat.xsp?documentId=61ADA713D6F405C4C-1257B1E0037C9B8>.
- SENIOR.HUB Instytut Polityki Senioralnej (2021). *Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19. Raport z badania*. Pobrane z: <https://seniorhub.pl/>.
- Siemieńska, R. (2009). O samodzielności i samowystarczalności polskich rodzin i roli sieci społecznych. W: K. Zagórski (red.), *Życie po zmianie. Warunki życia i satysfakcje Polaków* (ss. 97-110). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Szatur-Jaworska, B. (2012). Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce. *Studia BAS*, 2(30), 59–76.
- Szatur-Jaworska, B. (2016). System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce. W: P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu* (ss. 65-108). Warszawa: Biuro RPO.
- Szostakowska, K. (2021). *Rodzinna opieka nad seniorem – trudna lekcja życia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Szukalski, P. (2019). *Polska – kraj starych ludzi! 1/4 Polaków ma przynajmniej 60 lat. Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny*, 3. Pobrane z: <http://dspace.uni.lodz.pl>.
- Szukalski, P. (2011). Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku. W: P. Szukalski, Z. Szweda-Lewandowska (red.), *Elementy gerontologii społecznej, Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej UŁ* (ss. 5-26). Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.
- Szukalski, P. (2008). Rodzinne sieci wsparcia seniorów w starzejących się społeczeństwach – kilka refleksji. W: J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej* (ss. 28-43). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Szwałkiewicz, E. (2019). *Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych. Standardy usług i kształcenia. Raport finalny projektu*. Pobrane z: <https://www.ipiss.com.pl/?projekt-badawczy=rezultaty-projektu>.
- Urbanik, A. (opracowanie) (2018). *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego. Raport końcowy*. Łódź: RCPS w Łodzi, ROIS. Pobrane z: <https://www.rcpslodz.pl/images/Pobieranie/2018/2018-08-21-badania-analzy-ef/2018-08-21-sytuacja-opiekunow-rodzinnych.pdf>.
- WCK (2021). *Wsparcie osób, które w związku z epidemią COVID-19 znalazły się w trudnej sytuacji, realizowane przez inicjatywy pomocowe na Woli – raport z badań*. Pobrane z: [https://wck-wola.pl/wp-content/uploads/2021/05/raport\\_DK\\_dzia%C5%82ania-pomocowe.pdf](https://wck-wola.pl/wp-content/uploads/2021/05/raport_DK_dzia%C5%82ania-pomocowe.pdf).
- Wieczorkowska, M. (2017). Role społeczne współczesnych polskich seniorów w świetle wyników badań. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica* 61, 77-97.
- Żołędowski, C. (2012). Starzenie się ludności – Polska na tle Unii Europejskiej. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje* 17, 29-43.